

Kératite et Hydarthrose

HÉRÉDO-SYPHILITIQUES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 20 décembre 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

P. DUPUY de la BADONNIÈRE

Né à Issoudun (Indre), le 18 Juillet 1890



LYON

IMPRIMERIE NOIRCLERC & FÉNÉTRIER

3, rue Stella, 3

1921

Kératite et Hydarthrose

HÉRÉDO-SYPHILITIQUES

Karlsruhe et Hydrothrose

HEINRICH SYCHLITZ

1871
1872

Kératite et Hydarthrose

HÉRÉDO-SYPHILITIQUES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 20 décembre 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

P. DUPUY de la BADONNIÈRE

Né à Issoudun (Indre), le 18 Juillet 1890



LYON

IMPRIMERIE NOIRCLERC & FÉNÉTRIER
3, rue Stella, 3

1921

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire..... MM. HUGOUNENQ
Doyen. J. LEPINE.
Assesseur..... ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	}	TIXIER.
Clinique ophtalmologique		BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..	}	X.
Clinique neurologique et psychiatrique.....		ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	}	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....		LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	}	WEILL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		POLLOSSON (A.).
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....	}	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		ROCHET.
Chimie biologique	}	NOVE-JOSSERAND.
Chimie organique et Toxicologie.....		CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	}	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		MOREL.
Anatomie	}	MOREAU.
Anatomie générale et Histologie.....		GUIART.
Physiologie	}	LATARJET,
Pathologie interne		POLICARD
Pathologie et Thérapeutique générales.....	}	BOYON.
Anatomie pathologique		COLLET.
Médecine opératoire	}	MOURIQUAND,
Médecine expérimentale et comparée.....		PAVIOT.
Médecine légale	}	VILLARD,
Hygiène		ARLOING (F.).
Thérapeutique	}	MARTIN (E.).
Pharmacologie		COURMONT (P).
	}	PIC
		FLORENCE (A.).

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie..	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL.
— — — Accouchements.....	COMMANDEUR.
— — — Urologie.....	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique.....	PATEL,
Botanique	BRETIN.
Embryologie	HOVELACQUE.
Stomatologie.....	TELLIER.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	SAVY.	HOVELACQUE.	ROUBIER.
BRETIN.	FROMENT.	TRILLAT.	FAVRE.
LERICHE.	THEVENOT Luc.	SARVONAT.	MURARD.
THEVENOT Léon.	PIERY.	FLORENCE (G.).	BONNET.
TAVERNIER.	COTTE.	ROCHAIX.	GRAVIER, charge
CADE.	DUROUX.	CORDIER.	des fonctions.
GARIN.			

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. ROLLET, Président; M. LERICHE, Assesseur;
MM. COTTE et DUROUX, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

ET DE MA MÈRE VÉNÉRÉE

A LA GLORIEUSE MÉMOIRE DE MON FRÈRE

Décoré de la Médaille militaire et de la Croix de guerre

Tué à Dancourt, le 6 octobre 1914

J'ai connu en le perdant la
solitude du cœur, mais son
sacrifice héroïque nous guidera
toujours dans le chemin de
l'Honneur et du Devoir.

A LA MÉMOIRE AIMÉE DE MA SŒUR

A MES SŒURS ET A MON FRÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET
Officier de la Légion d'honneur
Professeur de Clinique ophtalmologique

C'est à lui que nous devons l'idée de cette thèse, dont il nous fait l'honneur d'accepter la présidence.

Nous n'oublierons jamais sa grande et souriante bonté et l'affectueuse bienveillance avec laquelle il nous donnait ses conseils précieux. Qu'il veuille bien trouver ici et agréer l'expression de notre profonde reconnaissance et l'hommage de notre vive admiration.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FAVRE

Qui m'a facilité ce travail ; je le remercie de la bienveillance qu'il m'a témoignée et de l'accueil aimable que j'ai reçu de lui.

A MES JUGES

A LA MÉMOIRE DES « MÉD' AUX. »

Leur héroïque dévouement et
leur mort obscure dans l'éclat
du combat est un des plus
beaux fleurons de la gloire du
Corps médical.

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE POITIERS
DES FACULTÉS DE MÉDECINE DE BORDEAUX ET DE LYON
ET DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Il y a fort longtemps que les ophtalmologistes ont remarqué dans la kératite parenchymateuse la fréquence des lésions articulaires. En 1857, Hutchinson montre cette coexistence très fréquente chez les hérédos-spécifiques. Clutton, en 1886, publie un article dans *The Lancet* pour faire connaître ses nombreuses observations. Puis ce sont les travaux de Fournier, du professeur Panas, de Puech, de Jacqueau, en France, et enfin récemment de M. Cantonnet, qui la décrivent particulièrement de nos jours.

Or, malgré ces notions acquises, malgré ces travaux en assez grand nombre, la coexistence de la kératite interstitielle et des arthropathies n'est pas couramment connue du clinicien : Nous désirons apporter quelques documents réunis à la clinique ophtalmologique de M. le Professeur Rollet, qui ont tous trait à la coexistence d'une kératite interstitielle et d'une hydarthrose, chez des enfants nettement hérédos-syphilitiques.

Si cette coexistence n'avait pas été remarquée autrefois, ou ramenée à sa véritable cause, la raison en était peut-être due aux luttes de doctrine qui existaient sur la transmission de la syphilis. Or, cette transmission fut remarquée peu d'années après son apparition en Europe. Théophraste Paracelse, au début du xvi^e siècle, remarqua que des enfants pouvaient naître avec la maladie de leurs

parents, et Fallope, voyant dans la syphilis une malédiction divine, enseignait que « les enfants d'une femme syphilitique fournissent la preuve du péché des parents, car ils ont l'air d'être à moitié cuits ». Et pourtant, jusqu'en 1780, cette théorie de l'hérédité syphilitique était combattue, surtout en Angleterre. Si depuis cette époque cette hérédité est nettement démontrée, bien des stigmates en sont ignorés et la nature syphilitique de certains autres encore niée de nos jours. Les neuf observations nouvelles que nous publions seront donc des documents de plus en faveur de l'origine syphilitique de la kératite et de l'hydarthrose essentielle, quand celle-ci est contemporaine, précède ou suit la kératite interstitielle.

Dans un premier chapitre nous étudierons les kératites parenchymateuses, en particulier celle de la syphilis héréditaire.

Dans un second chapitre, nous passerons en revue les diverses arthropathies que l'on rencontre avec la kératite interstitielle, principalement l'hydarthrose. Le troisième chapitre sera consacré à la coexistence de l'hydarthrose et de la kératite. Le traitement de ces deux affections formera le quatrième.

CHAPITRE PREMIER

La Kératite Interstitielle

HISTORIQUE. — DÉFINITION. — ANATOMO-PATHOLOGIE

La kératite parenchymateuse interstitielle est caractérisée par une inflammation et une infiltration qui ont pour localisation les couches profondes de la cornée transparente, sans perte de substance superficielle, et dont la cause est due à des facteurs endogènes.

Les lésions interstitielles de la cornée ont reçu bien des dénominations. C'est la kératite diffuse de Velpeau, la kératite interlamellaire de Sichel, la kératite cachectique de Panas, la kératite parenchymateuse, diffuse, pointillée, interstitielle, chronique, de divers auteurs. C'est enfin la kératite hérédo-syphilitique d'Hutchinson.

Ces diverses dénominations tenant à ce que les auteurs voulaient caractériser cette lésion par une particularité histologique ou étiologique.

Dans le courant de ce travail, nous emploierons le terme de kératite interstitielle parenchymateuse, ou plus simplement de kératite interstitielle.

Parmi les auteurs anciens, on ne trouve guère d'indication sur cette affection cornéenne. Si ce n'est Mackenzie dans une description de « Cornéite scrofuleuse ». C'est

Wardrop qui, le premier, signale la teinte de pierre à fusil, puis Sichel, la rattachant à une diathèse, la décrit sous le nom d'« ophtalmie veineuse ou arthritique ». Enfin, Velpeau signale l'influence de la syphilis.

Mais nous devons à Hutchinson la première étude clinique de l'affection, la mise en relief de ses attaches avec la syphilis, puisqu'il en fait un des signes de sa triade. Ceci fut parmi les auteurs de l'époque l'objet de controverses nombreuses en 1857. On alla même jusqu'à nier cette origine spécifique en Angleterre avec Moorin et Watson, en France avec Demarquay et Panas. Puis les travaux plus récents remirent en valeur la part de la syphilis.

Il est classique d'admettre une distinction entre la kératite relevant d'une syphilis héréditaire et celle d'une syphilis acquise. Mais si de fines distinctions existent réellement, elles sont relatives et résultent du fait que l'on appelle syphilis acquise celle dont l'infection remonte après la première ou la seconde enfance, au lieu de remonter à une infection in-utéro comme dans la syphilis héréditaire (Fournier). Entre ces deux types de lésions, se voient toute une gamme de transition : on trouve même des cas où l'identité est absolue.

La kératite syphilitique héréditaire, très fréquemment observée, se caractériserait par un début lent et insidieux, à évolution très lente, durant des mois et même des années. Assez souvent on note une photophobie extrême. D'après Terrien, elle serait plus fréquente dans le sexe masculin que dans le sexe féminin, apparaîtrait chez plus de la moitié des hérédo-spécifiques, et cela entre 7 et 20 ans.

Dans la kératite syphilitique acquise, plus rare, on note une évolution beaucoup plus rapide des lésions, ne durant guère que trois mois, et qui serait due à une action plus efficace du traitement général. Les symptômes fonctionnels seraient très atténués et on n'observerait pas cette photophobie extrême de la kératite héréditaire. Enfin on verrait plus souvent la kératite se limiter à un seul côté et les récurrences être moins fréquentes.

Nous aurons plus spécialement en vue l'étude de la kératite parenchymateuse héréditaire spécifique.

Dans ce groupe; M. le Professeur Rollet établit la classification suivante :

« 1° Tantôt l'affection de la cornée est d'origine banale, non spécifique, chez un descendant de syphilitique guéri. Cette kératite peut être banale, ne pas relever de l'ancienne syphilis du père. Elle rentre dans la catégorie des kératites interstitielles, à même allure clinique, que nous rencontrons quelquefois chez les descendants d'alcooliques, de tuberculeux, d'individus qui, en définitive, n'étaient pas syphilitiques.

« 2° Tantôt il y a kératite dans une hérédo-syphilis dystrophique. C'est chez le jeune sujet et plus souvent chez l'adolescent que l'on trouve les stigmates de la syphilis héréditaire tardive, du côté des dents, du nez ; c'est l'hyperostose du tibia, ce sont d'autres dystrophies en nulle façon influencées par un traitement mixte. Point très important, ce sujet n'a jamais été contagieux, car il n'a pas eu d'accidents secondaires ; il n'est pas immunisé et peut contracter un chancre syphilitique, ainsi que le prouvent de nombreuses observations.

« 3° Tantôt enfin il y a kératite dans une hérédosyphilis virulente. Elle est plus rare, car le sujet succombe fréquemment (70 à 80 %) à la suite des lésions spécifiques si meurtrières de la première enfance. Elle survient donc chez le sujet qui a présenté cette syphilis héréditaire précoce, c'est-à-dire à la période nourricière. Cette kératite d'ordre virulent me semble parfois apparaître plus tôt que celle d'ordre dystrophique. »

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — On peut noter trois périodes :

1° *La période d'infiltration simple.* — A la suite de la dégénérescence et du gonflement des cellules fixes de la cornée, il se forme une immigration de leucocytes qui se réunissent en petits amas. Ceux-ci se transforment en foyers, puis tendent à se réunir entraînant la fonte des lamelles cornéennes englobées.

Les corpuscules cornéens voisins, indemnes, se multiplient cherchant à combler ces pertes de substance.

2° *Période de vascularisation.* — Venant de la périphérie, des vaisseaux sanguins et du tissu conjonctif de néoformation pénètrent dans la cornée parenchymateuse. Quand l'affection est avancée, la surface de la cornée montre des fentes, renfermant des leucocytes, des cellules épithéliales en dégénérescence et dans l'intervalle les couches superficielles sont comme partiellement kératinisées, mais sans perforation de la membrane de Bowmann, à l'inverse de la kératite ulcéreuse. L'endothelium de la membrane de Descemet est exfolié et sur cette membrane, ainsi à nu, on voit accolés des amas leucocytaires. Enfin,

dans les vaisseaux de la sclérotique, du limbe cornéen, de l'iris et du corps ciliaire existent des infiltrations et même de l'oblitération partielle.

3° *Période de régression ou de cicatrisation.* — Les cellules diminuent, les vaisseaux s'atrophient et s'oblitérent, la cornée s'éclaircit.

SYMPTOMATOLOGIE. — A l'inspection, la surface de la cornée est mate et ponctuée de taches grisâtres, qui peuvent confluer en foyers assez épais, blancs, bleuâtres, ou gris-blanchâtres. Ces taches deviennent d'autant plus denses que l'inflammation est elle-même plus intense. Les infiltrations vont de la périphérie au centre, partant, ou uniformément de tous côtés, ou de quelques secteurs. A son apogée, l'infiltration a atteint le centre et y présente son maximum d'épaisseur. Alors débute la néoformation vasculaire. Les vaisseaux *profonds* y pénètrent soit sous forme de pinceaux, de balais ou uniformément. C'est à eux que la cornée doit alors sa teinte rougeâtre lavée.

En même temps que cette néoformation, débute à partir du bord un éclaircissement des infiltrations.

Anomalies. — On a noté une infiltration débutant par le centre, ou limitée à un secteur. D'autres fois, les infiltrations apparaissent, disséminées d'emblée sur la cornée.

Enfin, une non-vascularisation de la cornée a été notée.

TERMINAISON. — La kératite interstitielle se termine soit, assez rarement, par un retour *ad integrum*, par un éclaircissement total de la cornée, soit par un éclaircissement avec persistance de très fins vaisseaux oblitérés,

ce qui est la terminaison la plus habituelle, ou encore par des opacités cornéennes permanentes localisées surtout au centre de la cornée.

Exceptionnellement, on note de la sclérectasie, des synéchies postérieures, de l'occlusion pupillaire, de la phthisie oculaire.

COMPLICATIONS. — On note de la sclérite, de l'iritis, une inflammation du corps ciliaire, de la choréïdite périphérique, enfin de l'hydrophtalmie chez les enfants.

ETIOLOGIE. — Cette affection, aperçue par Mackenzie, avait été par lui rapportée à la scrofule. Hutchinson, le premier, en 1857, soupçonne la syphilis parmi les antécédents. Cette étiologie fit une grande sensation à cette époque. Il fondait sa conviction sur les commémoratifs et les symptômes coexistants. Or, en 1871, à la Société de Chirurgie de Paris, cette opinion fut violemment combattue et le professeur Panas, soutenant le dogme par lequel la syphilis acquise ne s'attaquait jamais à la cornée, trouvait insolite qu'il n'en soit pas de même dans la syphilis héréditaire. Il ne voulait voir dans cette kératite qu'une manifestation banale de la misère physiologique : une kératite cachectique.

Pour le Professeur Fournier, c'est la manifestation d'un trouble de nutrition que peuvent réaliser la tuberculose, le rhumatisme, l'impaludisme, la goutte, en somme toutes les infections. L'influence hérédo-spécifique n'agit pas autrement, elle est seulement à elle seule égale à toutes les autres causes réunies, et c'est pour cela qu'on la trouve dans plus de la moitié des cas. La tuberculose

peut, en effet, amener une kératite. On la noterait dans 10 % des cas. Mais la syphilis est encore le plus grand facteur. On ne peut néanmoins l'incriminer dans tous les cas, car on rencontre la kératite parenchymateuse chez des animaux réfractaires à la syphilis tels que le chat (Terrien).

D'après les travaux et les recherches expérimentales d'Igersheimer, la syphilis serait presque toujours trouvée dans les antécédents.

Morax a trouvé une grande analogie avec la kératite spécifique humaine, dans la kératite interstitielle à trypanosomes de Nagana, chez la chèvre, tant au point de vue de l'évolution clinique qu'anatomique.

S. Stephenson, en 1907, a vu le trepon me pallidum dans le stratum cornéen.

On peut donc conclure que la kératite interstitielle est une conséquence directe assez rare de la syphilis acquise, mais très fréquente de la syphilis héréditaire. Cette dernière devra être soupçonnée quand on trouvera chez un enfant une kératite   évolution traînante, frappant simultanément les deux yeux et à récidives fréquentes.

CHAPITRE II

Syphilis articulaire

Dans l'étude de la syphilis héréditaire, on classe en France, sous le terme vague d'arthropathie, différentes lésions articulaires.

Le Professeur Fournier tenait ces manifestations pour extrêmement fréquentes, puisqu'il les rencontrait dans 39 % des cas. Mais se refusant à voir dans ces arthropathies des affections autonomes, il en faisait une « annexe » des affections osseuses. Car, dit-il : « Ces arthropathies ne sont guère que des épiphénomènes de lésions osseuses des épiphyses, ou d'autres lésions juxta-articulaires. »

Cette théorie est encore classique aujourd'hui.

Il les classait en :

- 1° Forme subjective, sans lésion apparente : arthralgie;
- 2° Formes objectives, avec lésion, comprenant trois formes :

- a) *L'Hydarthrose ;*
- b) *Pseudo-Tumeur blanche syphilitique ;*
- c) *Arthropathie déformante.*

Les auteurs modernes, en particulier Ed. Fournier, modifient un peu cette classification et y ajoutent deux types

nouveaux en subdivisant l'hydarthrose en hydarthrose essentielle et ostéo-arthrite, et l'arthropathie déformante en arthropathie déformante épiphysaire et en rhumatisme déformant.

Nous dirons, d'après Ed. Fournier, quelques mots succincts de ces six classes :

1° *L'arthralgie.* — Ce type ne se signale que par un seul symptôme : la douleur localisée dans une jointure à exaspération nocturne. Mais sans fièvre, sans troubles généraux ou locaux.

2° *L'hydarthrose.* — Celle-ci sera spécialement décrite plus bas.

3° *L'ostéo-arthrite.* — A un léger degré d'hydarthrose, nous trouvons joint une tuméfaction irrégulière de la jointure, formée de plaques dures, constituant une sorte de blindage de la coque articulaire. Ici, c'est la perception de ces plaques dures qui est le symptôme caractéristique, joint à l'absence de douleurs.

4° *Pseudo-tumeur blanche syphilitique.* — En plus d'un certain degré d'épanchement synovial et de péri-arthrite, nous trouvons des hyperostoses massives des épiphyses, mais toujours : indolence de la tumeur, au moins pendant le jour, absence de réaction générale et capacité fonctionnelle intacte. C'est une lésion affectant volontiers les genoux et très fréquente.

5° *Arthropathie déformante épiphysaire.* — Lésion très commune et précoce, elle est caractérisée par une apparition de végétations ostéophytiques de l'épiphyse, qui

affectent une bizarrerie de situation, de volume et de forme. Affectant de préférence les os longs, surtout le fémur, elle s'accompagne d'atrophie musculaire.

6° *Rhumatisme déformant*. — Cette forme reproduit trait pour trait le rhumatisme déformant chronique vulgaire, mais s'en différencie par sa localisation sur les grosses articulations, par son début dans le tout jeune âge, voire au cours de la vie fœtale, et par l'absence de rhumatisme dans les antécédents héréditaires.

Or si toutes ces formes d'arthropathies se rencontrent fréquemment chez des syphilitiques héréditaires, dans plus de la moitié des cas il existe des formes qui dans leur apparition sont plus souvent associées à la kératite comme nous le montrerons au chapitre suivant, en particulier l'hydarthrose.

Nous décrirons donc celle-ci plus spécialement.

C'est une forme que l'on a l'habitude de considérer comme rare. Aperçue par Hutchinson, elle fut signalée la première fois par Fournier :

« Elle représente en apparence une hydarthrose simple, de forme chronique. Elle offre les symptômes, l'allure générale et l'évolution d'une hydarthrose, mais en examinant les choses de plus près, on ne tarde pas à constater que cette hydarthrose ne fait en réalité que masquer des tuméfactions osseuses dont elle ne constitue en réalité qu'un épiphénomène, une conséquence. »

Et relatant l'article de Clutton qui venait de paraître (*Symetrical Synovitis of the Knee in hereditary Syphilis*, « *The Lancet* »), où cet auteur relatait onze cas d'hydarthrose double chez des enfants nettement syphilitiques

héréditaires, Fournier ajoute : « J'avoue n'avoir pas encore observé, pour ma part, de cas identiques à ceux que vient de publier le D^r Clutton. » Et sa conclusion était : « On voit la grosse lésion, l'hydarthrose, et l'on risque, sauf à un examen minutieux, de ne pas voir la lésion véritable, à savoir la lésion osseuse, qui, de fait, est beaucoup moins apparente. »

Après Fournier, d'autres auteurs, comme Defontaine, Daujon, Fouquet ont soutenu la même thèse : l'hydarthrose serait due soit à une irritation de la synoviale par une lésion osseuse; soit à une gêne circulatoire.

Or cette hydarthrose n'existe pas seulement en tant qu'épiphénomène, comme le veulent ces auteurs, mais en tant que symptôme pur, essentiel, comme nous le voyons dans les neuf observations que nous relatons.

Pourquoi, demande Saucet dans sa thèse, la syphilis héréditaire n'aurait-elle pas, en effet, le même pouvoir que d'autres maladies infectieuses, la gonococcie ou la tuberculose, par exemple ? On peut se retrancher derrière l'hypothèse d'une lésion osseuse. Située en un lieu inaccessible à la palpation, par exemple : une gomme de l'épiphyse ou de quelque cul-de-sac synovial. Or, si autrefois cette hypothèse plus ou moins hasardée pouvait subsister, de nos jours elle doit être abandonnée, grâce à la radiographie.

Le D^r Andrieux, chirurgien de Berck, résume ainsi les données de la radiographie dans une arthropathie : « Sur
« une radiographie, la gomme se manifeste par une
« tache claire et l'hyperostose par une zone enveloppante
« plus sombre. La gomme se voit rarement dans les dia-
« physes, car elle est rapidement enveloppée par

« l'hyperostose et la radiographie est faite presque tous
« jours trop tard pour la déceler. Au contraire, aux épiphyses où la production de l'hyperostose est moins
« intense, on la voit habituellement.

« L'hyperostose de la diaphyse se manifeste sous forme
« d'un fuseau demi-transparent au début, car l'infiltration de sels calcaires manque, puis le fuseau devient
« sombre, surtout sur les côtés de l'os, où il est vu par sa tranche. Le canal médullaire semble rétréci. On a
« plusieurs fuseaux plus ou moins confondus quand plusieurs poussées se sont succédées. Des taches claires
« dans ce fuseau indiquent des gommés en évolution.
« Lorsque l'ostéite épiphysaire atteint la jointure voisine on voit la surface articulaire devenir irrégulière et
« l'espace clair intermédiaire aux deux os diminuer et même disparaître. Si des poussées successives d'ostéite
« gommeuse destructive et d'hyperostose de défense se sont produites sur une épiphyse, celle-ci augmente de
« volume, les espaces clairs et foncés se juxtaposent et la surface articulaire déformée réalise l'arthropathie
« décrite par Méricamp. » Or, toutes les radiographies que nous avons faites pour les articulations lésées ont toutes été négatives.

Cette hydarthrose se localise principalement sur les genoux et symétriquement selon la règle de la syphilis héréditaire.

Doit-on incriminer le travail considérable auquel cette articulation est soumise et qui amènerait une irritation de la séreuse, succédant à de petites contusions articulaires répétées ? On doit noter, cependant, que dans l'observation IX, prise à la clinique de M. le Professeur

Rollet, le malade a eu une hydarthrose du poignet deux ans avant la kératite et l'hydarthrose concomitante. Elle avait laissé comme séquelle une luxation du poignet et aussi un énorme développement de la styloïde.

L'analyse du liquide d'épanchement a été faite par M. le Professeur Fabre. Voici la formule moyenne qu'il nous a donnée :

Polynucléaires	30
Lymphocytes	60
Grands mononucl. ...	10

plus un grand nombre de cellules endothéliales.

Le liquide est très fibrineux et, fait remarquable, il contient une très grande quantité d'éléments cellulaires et quelques globules rouges. Ces épanchements articulaires ont donc une formule nettement inflammatoire, dont il importe de souligner l'importance. Ce n'est donc pas une simple hydarthrose transsudative.

Ces épanchements contiennent aussi des anticorps syphilitiques, que nous avons pu mettre en évidence par la réaction de Wassermann.

C'est donc une forme inflammatoire pure, histologiquement, et sans aucune lésion osseuse.

SYMPTOMATOLOGIE. — Cet épanchement offre tous les symptômes d'un épanchement articulaire ordinaire, mais jamais sous tension : tantôt l'épanchement est minime, tantôt il forme une énorme masse de liquide avec sensation de fluctuation. Il se développe insidieusement, lentement, d'une façon indolente, sans aucune gêne de l'articulation, puisque quelques malades que nous avons

observés n'interrompaient pas leur travail, et peu habitués à s'examiner, ignoraient même cette lésion (obs. VIII). Par contre d'autres malades en avaient souffert au point de s'aliter (obs. I).

Si les mouvements actifs sont donc indolents, les mouvements passifs ont la même physionomie.

La peau est de coloration normale. Pas de contracture, pas d'attitude vicieuse.

A la palpation, pas d'empâtement, pas de corps étranger, ni de fongosité. Mais souvent on note une crépitation neigeuse due à l'inflammation synoviale, et des craquements lorsque l'articulation se fléchit (obs. I).

Peu ou point d'élévation thermique locale.

Souvent des lancées douloureuses, au point d'interrompre le sommeil, se produisent la nuit.

Quelquefois, le matin au réveil, le malade sent ses articulations engourdis, craquant violemment ; il lui faut faire quelques mouvements pour les « dérouiller ».

Les extrémités osseuses sont normales.

Très souvent les deux genoux sont pris symétriquement, d'autres fois à intervalles de plusieurs mois. Lorsqu'un seul genou est pris, nous trouvons presque toujours le genou gauche.

La durée de cet épanchement peut aller de quelques semaines à quelques mois et même des années, si aucun traitement n'intervient. Ce qui le caractérise, en effet, est sa chronicité. Mettez le malade au repos, l'épanchement se résorbe, complètement quelquefois. Mais à la première fatigue de l'articulation, l'épanchement réapparaîtra mais toujours d'une façon indolente.

Ces hydarthroses aboutissent le plus souvent à l'état

de lésions tolérées et latentes et les malades en arrivent à ne plus s'en inquiéter, à ne plus en réclamer la guérison, parce qu'ils y sont faits et que cela ne les gêne plus en rien (Fournier).

Ainsi soumise à ce travail inaccoutumé, la synoviale s'épaissira, les ligaments se relâcheront, et dans certains cas des subluxations ou des luxations complètes pourront se produire, en tout cas la « *restitutio ad integrum* » sera impossible si on laisse l'articulation sans traitement spécifique (obs. IX).

DIAGNOSTIC. — Nous ferons celui-ci d'abord entre l'hydarthrose de la syphilis acquise et l'hydarthrose de la syphilis héréditaire tardive. Cette hydarthrose de la syphilis héréditaire tardive n'est au fond qu'une lésion de modalité tertiaire de syphilis héréditaire ordinaire.

Il est donc tout naturel que cette lésion tertiaire d'une syphilis contractée *in-utero* par l'enfant, ait des points communs avec celle de la syphilis acquise.

Or, si nous lisons l'article que le Professeur J. Rollet a consacré à celle-ci dans le *Dictionnaire* de Dechambre, nous voyons que cette définition peut s'appliquer point par point à la même lésion dans la syphilis héréditaire acquise.

« Ce qui distingue la synovite articulaire syphilitique, c'est qu'on l'observe presque toujours au genou, principalement au genou gauche ; on peut la soupçonner à sa marche chronique et à la douleur qui n'est pas très vive, que la marche n'exaspère presque pas, au point que les malades souffrent davantage quand ils sont couchés. Ce qui est caractéristique dans cette affection c'est la pré-

sence des plaques indurées, élastiques, gommeuses, dans la fibro-séreuse articulaire ou plutôt dans le tissu cellulaire sous-synovial. Le traitement antisypilitique triomphe en général assez vite de la maladie. »

Le Professeur J. Rollet avait déjà mis en lumière les principaux traits cliniques de cette affection, que nous retrouvons dans la syphilis héréditaire et remarqué sa prédilection pour le genou gauche.

Comme dans la synovite héréditaire, la synovite chronique de la syphilis acquise a cliniquement pour unique symptôme l'épanchement (Morestin). Il siège dans le genou de préférence apparaissant insidieusement et est souvent méconnu. La peau est lisse, blanche, sans présenter de rougeur ou de chaleur. Son évolution est lente, durant des mois, si l'on n'institue pas de traitement approprié.

Ainsi donc, mêmes symptômes, même évolution : l'âge de l'apparition seul diffère. Si dans la syphilis acquise, l'hydarthrose apparaît dans l'âge adulte, c'est que le chancre est contracté la plupart du temps dans la jeunesse, et pour la syphilis héréditaire ou la syphilis acquise de l'enfant, nous trouvons le même intervalle de temps que dans la syphilis acquise de l'adulte. « Ces manifestations, dites de syphilis héréditaire tardive, nous dit en effet le Professeur Carle, ne sont que l'expression tertiaire de syphilis héréditaire ordinaire, dont les symptômes secondaires, normalement survenus au cours des premières années, ont passé inaperçus ou ont été autrement qualifiés. Il n'y a pas de syphilis héréditaire tardive, il n'y a que des symptômes tardifs d'une syphilis héréditaire méconnue. »

Diagnostic avec les hydarthroses essentiels. — Pour établir l'origine de spécificité héréditaire de cette hydarthrose, on devra donc se fonder sur les antécédents morbides, l'état de santé des parents et collatéraux, le début et la marche insidieuse, indolente, de l'affection, la prédilection pour les genoux, la symétrie de ces lésions, et, comme nous le montrerons au chapitre suivant, la concomitance d'une kératite interstitielle dans bien des cas.

Mais l'hydarthrose spontanée peut encore se montrer 1° dans la *tuberculose*, c'est l'*hydrops tuberculosus*. Même début insidieux, indolore et lent, même intégrité des os et des ligaments, même liberté dans les mouvements : à ce stade le diagnostic pourra se faire à l'aide de l'examen du liquide, ou de son inoculation au cobaye. Un diagnostic sûr, sans cela, ne pourra s'établir que par l'évolution de l'affection : les corps riziformes devenant des fongosités, les tissus périarticulaires allant s'empâter et la suppuration apparaître.

2° L'épanchement dû au *rhumatisme chronique* se révélera par :

- a) La déformation des extrémités osseuses ;
- b) Les douleurs spontanées de l'articulation, l'endolorissement des muscles de la région et les douleurs névralgiques le long des nerfs ;
- c) Les craquements produits par le jeu de l'articulation ;
- d) Enfin l'âge avancé du sujet.

3° Quant à l'*hydarthrose gonococcienne*, elle succède habituellement à une forme aiguë de blennorrhagie, est

douloureuse et amène une impotence fonctionnelle. Si elle apparaît d'emblée, comme seule manifestation du rhumatisme gonococcique, elle peut prêter à confusion, car les symptômes généraux et douloureux peuvent être absents. Mais la lésion sera mono-articulaire, aura une tendance à l'ankylose, et enfin un examen bactériologique de l'écoulement des parties génitales éclairera de suite le diagnostic.

4° Enfin, on a signalé dans la *sclérodermie* une hydarthrose concomitante ; la présence de cette dernière lésion lèvera les doutes.

PRONOSTIC. — Quand cette hydarthrose est d'origine hérédo-syphilitique, le pronostic est bénin. Mais la durée peut être très longue et cette affection se caractérise par ses rechutes fréquentes, diminuant avec le repos, réapparaissant à la moindre fatigue.

CHAPITRE III

Kératite et hydarthrose hérédo-syphilitiques

En 1857, Hutchinson avait signalé la coexistence fréquente de diverses malformations très fréquentes chez les hérédo-syphilitiques ; parmi celles-ci, trois pour cet auteur prenaient une importance capitale et devenaient la triade symptomatique classique, formée de la kératite interstitielle, de malformations dentaires et d'une surdité à marche rapide.

L'hydarthrose avait été aussi remarquée par Hutchinson, mais il ne lui attachait pas alors la valeur que sa coexistence fréquente, remarquée depuis, aurait dû lui faire attribuer : « On voit parfois, chez les hérédo-syphilitiques, se développer, en même temps que la kératite interstitielle, un épanchement mono ou polyarticulaire, frappant souvent les genoux symétriquement, et cet épanchement est indolore. » Mais ce n'est qu'une phrase incidente, il n'en tire pas de conclusions.

Clutton, le premier, en 1886, signale la fréquence de cette concomitance :

« Les genoux, comme les yeux, sont dans mes observations, affectés à la fois, tôt ou tard, et souvent entre l'apparition de chaque symptôme il existe un intervalle de temps. Ces deux maladies, essentiellement chroniques, produisent peu ou pas de lésions dans les tissus atteints et sont aussi toutes les deux très difficiles à guérir par le traitement... Je ne puis pas expliquer pourquoi les genoux sont plus particulièrement pris, de préférence aux autres jointures ; avec une observation plus approfondie on trouverait d'autres jointures affectées. Mais jusqu'à présent je n'ai pas vu cette synovite symétrique chronique qui apparaît être associée avec la kératite interstitielle, dans d'autres articulations que les genoux. » Et sur onze cas d'hyarthrose hérédo-syphilitique, il trouve dix fois la kératite, cinq fois les dents d'Hutchinson, quatre fois des exostoses tibiales et deux fois seulement la surdité.

Ce sont les oculistes, les premiers, qui ont remarqué cette fréquence de lésions articulaires, égale à celle des autres manifestations de la syphilis héréditaire, coïncidant avec la kératite interstitielle. S'ils ne les signalaient pas particulièrement, c'est que pour eux l'origine de la kératite était suffisamment prouvée.

En 1894, Panas la signalait dans sa phrase que nous avons mise dans l'introduction, mais pour lui c'était l'hérédité goutteuse qu'il incriminait et non l'hérédité syphilitique.

En 1901, Puech s'étonne « qu'il ne soit fait nulle mention de cette arthropathie qui, pour lui, est la compagne la moins infidèle de toutes les autres manifestations qui accompagnent la kératite parenchymateuse ». Sur

vingt-sept cas, Puech l'a trouvée onze fois, et, sur les mêmes vingt-sept malades, il ne relève que cinq fois des troubles de l'ouïe. « La triade d'Hutchinson devrait donc s'adjoindre un facteur important et s'appeler une pléiade où l'arthrite du genou jouerait un rôle aussi, sinon plus, prépondérant parce que plus fréquent que les troubles de l'audition. »

Du reste, pour lui, cette arthropathie a plus d'affinités pour la kératite que les deux autres symptômes.

Fouquet, en 1905, trouve dix fois la kératite sur vingt observations d'ostéo-arthrites hérédosyphilitiques. Mais il la note sans insister, n'y attachant qu'une faible importance.

En 1908, Jacqueau, à la Société française d'Ophtalmologie, signale particulièrement la coexistence de la kératite parenchymateuse et des arthrites. Il conclut ainsi : « La kératite parenchymateuse est associée environ dans la moitié des cas à des lésions mono ou polyarticulaires. Celles-ci s'accompagnent ordinairement d'hydarthrose, n'épargnant à peu près jamais les genoux, et sont à peine douloureuses. »

A la même séance, Cabannes propose d'en faire un quatrième signe, bien qu'il rencontre cette coexistence dans une proportion moins grande que celle indiquée par Jacqueau.

A. Terson la signale dans un tiers des cas, avec prédominance aux genoux, dans la même séance, et il ajoute : « L'existence des arthropathies dans l'histoire de la kératite parenchymateuse est absolument classique. Je l'ai apprise de mes maîtres. »

Saucet, dans sa thèse en 1905, en faisant une classi-

fication des arthropathies hérédosyphilitiques, insiste « sur cette corrélation qui existe entre la kératite interstitielle et l'hydarthrose et ajoute qu'au point de vue pratique, ces détails lui paraissent avoir une grande importance ».

Enfin, nous citerons les derniers travaux de Métayer et de Merlier. Ce dernier donne cinq observations de kératite interstitielle nouvelles, dont trois avec présence d'une hydarthrose bilatérale et une avec hydarthrose unilatérale à gauche. La surdité n'existait qu'une fois.

Le D^r Cantonnet, tout récemment, à réinsisté sur la fréquence de cette coexistence, proposant d'en faire un quatrième symptôme. Lui-même, sur quinze cas de kératite interstitielle, a trouvé neuf arthropathies. « J'ai également vu assez souvent des kératites interstitielles par scrofuleuse, dit-il ; dans ces cas, il n'y a que très rarement hydarthrose, sauf dans les cas à étiologie mixte de scrofule de vérole. »

On voit donc que ce sont surtout les ophtalmologistes qui ont attiré l'attention sur cette corrélation. Mais sous le nom d'arthropathie, on a souvent compris des cas où l'épiphyse était prise, où l'hydarthrose n'était qu'un épiphénomène.

Récemment encore, Billot signalait dans sa thèse, faite à la clinique de M. le Professeur Rollet, la coexistence de lésions diaphysaires des os longs et même des os plats avec la kératite interstitielle. Les observations que nous rapportons ici ont trait seulement à des hydarthroses essentielles sans lésion osseuse.

A la clinique de M. le Professeur Rollet, nous avons recueilli huit nouveaux cas. Ces malades étaient entrés

pour kératite, nous avons trouvé des hydarthroses coexistantes.

M. le Professeur Favre a bien voulu nous communiquer une belle observation d'une hydarthrose chez une malade qui, cinq ans auparavant, avait eu une kératite interstitielle double.

Sur ces neuf observations, six fois nous avons affaire à des malades du sexe féminin. Les deux genoux étaient pris sept fois, et quand l'hydarthrose était monoarticulaire, c'est au genou gauche qu'elle siégeait, fait à rapprocher de ce qui arrive dans la syphilis acquise, ainsi que l'avait décrit M. le Professeur J. Rollet.

Nous voyons donc qu'à côté des cas où à la triade d'Hutchinson, est joint l'arthropathie, cas que nous pourrions appeler à forme complète et où l'arthropathie serait bien un quatrième signe, nous avons des formes dissociées, en chapelet ; une des plus intéressantes est celle que nous rapportons dans l'observation II.

Tantôt, en effet, l'hydarthrose apparaît en même temps que la kératite, ou la précède, ou la suit d'un temps très court de quelques semaines, comme dans les huit cas de la clinique de M. le Professeur Rollet, tantôt l'hydarthrose a apparu longtemps à l'avance. Comme dans l'observation due à M. le Professeur Favre, où elle avait existé cinq ans à l'avance.

Probablement l'hydarthrose peut apparaître très longtemps après la poussée de kératite, mais dans ce cas le malade ne vient pas à une clinique d'ophtalmologie et on ne peut à celle-ci en relever des observations..

Dans tous les cas où la réaction de Wassermann avait été faite, elle fut toujours trouvée positive. Pour les

autres, les antécédents héréditaires de spécificité ne laissent aucun doute.

Bien plus souvent que cela n'est remarqué, la coexistence de ces deux lésions doit donc se produire, mais on ne songe pas toujours à faire un examen somatique, à examiner les genoux quand une kératite interstitielle se présente à la consultation, car le malade ne se plaint pas de cette affection indolore et non gênante.

Pour nous, la coexistence de ces deux affections est donc un signe de certitude de spécificité qui renforce aussi bien l'étiologie de l'une que de l'autre, et en présence de l'une d'elles on devra toujours, dans le passé ou dans le présent, rechercher l'apparition du symptôme satellite.

CHAPITRE IV

Traitement

De l'étiologie maintenant bien établie de ces deux affections, nous pourrions tirer d'utiles indications pour leur traitement.

1° HYDARTHROSE. — Le traitement devra avant tout être médical : une intervention serait un désastre. La médication anti-syphilitique mixte ou iodo-mercurielle, ou par le néo-salvarsan, agira merveilleusement sur cette hydarthrose. Il est curieux de constater que le même traitement anti-syphilitique appliqué localement, ou par voie interne, est sans effet sur la kératite interstitielle.

Le repos agit aussi très bien sur cette hydarthrose, puisque la malade de l'observation II traitée par une immobilisation dans un plâtre avait guéri au bout de six mois et avait recouvert l'intégrité de son articulation, au point de danser toute une nuit pour fêter sa guérison, et ce, sans rechute.

Mais, comment interpréter la phrase que nous avons citée plus haut, de l'auteur anglais Clutton, où celui-ci

trouve que les deux affections sont aussi difficiles à guérir par la méthode médicamenteuse anti-syphilitique ? Peut-être étaient-ce des sujets réfractaires ou à lésion mixte, ou, comme le dit Fournier, « il faut se garder de l'optimisme exagéré de certains auteurs pour lesquels l'affection ne comporterait qu'un pronostic relativement bénin... Ce qui est bien plus conforme à la clinique, c'est de dire qu'en certains cas ce traitement exerce sur la maladie, même dans les formes les plus graves, une influence curative des plus puissantes. Mais aussi qu'en nombre d'autres, il n'aboutit à la résoudre que lentement et péniblement. Souvent même d'une façon plus ou moins incomplète ». La promptitude du traitement y entrera aussi pour une grande part. A la clinique de M. le Professeur Rollet, l'hydarthrose est traitée énergiquement et intensivement par des injections intra-veineuses de cyanure de mercure.

Celles-ci sont très bien supportées par les adolescents.

Le néo-salvarsan est employé d'autre part avec le même succès.

2° KÉRATITE INTERSTITIELLE. — Le traitement de cette affection par la méthode médicale, soit par voie stomacale, hypodermique ou intra-veineuse, est décevante. L'action est lente, souvent nulle.

Panas, qui en faisait une affection cachectique, traitait naturellement l'état général par le fer, l'arsenic, le quinquina, le grand air, mais contre-indiquait le mercure. Par contre, l'iodeure aurait pour lui une action élective sur la cornée, à la dose de 2 à 4 grammes par jour.

Fournier recommandait de faire feu de toutes pièces

et de donner mercure et iodure, alternativement, mais à haute dose.

Le traitement local aurait, pour M. le Professeur Rollet, l'avantage d'épargner aux enfants ou aux adolescents atteints de cette affection un traitement général qui, comme il l'a démontré, est le plus souvent inutile. Il consiste en injections sous-conjonctivales, soit de bleu de méthylène très diffusible, indolore, soit d'huile biiodurée. Ces injections diffusent dans la cornée, de la périphérie au centre. Elles agiraient en modifiant la diapédèse ou par révulsion, et aussi, dit M. le Professeur Rollet, surtout par une véritable action mécanique et microbicide du liquide pénétrant dans les espaces cornéens. Son action serait d'autant plus énergique que la lésion serait plus périphérique.

En 1910, Fromaget affirmait à son tour l'inutilité du traitement mercuriel, traitement général, dans la kératite : « La faillite de cette thérapeutique, appliquée toujours et quand même, ne saurait être bien difficile à démontrer. Si nous demandions aux oculistes réunis à cette séance, combien de cas ils ont guéri par ce traitement, la question ne manquerait pas d'être embarrassante pour eux. » Et pourtant, bien que tous les auteurs reconnaissent la décevante impression du traitement général dans la kératite, ils recommandent tout de même le mercure.

Récemment, MM. les Docteurs Bussy et Japiot ont indiqué qu'on pouvait appliquer avec succès la radiothérapie au traitement de la kératite interstitielle. Cette douceur du procédé, cette absence de douleurs, qui sont l'apanage des injections sous-conjonctivales, en font un procédé

fort séduisant et permettent d'étendre son emploi aux malades les plus indociles. Nous citerons ici la thèse de Nicolle, faite au laboratoire de M. le Professeur Rollet, qui relate le traitement de la kératite parenchymateuse par les rayons X :

« Le traitement se fait en cinq séances, à raison d'une tous les deux jours. On emploie des rayons durs (10 à 15 centimètres d'étincelle), d'une intensité de 0,5 à 1 milliampère et sous filtration de 1 à 2 millimètres d'aluminium. Les rayons sont donc employés à très faible dose, pour éviter l'action nocive des rayons sur le développement du globe oculaire, étant donné le jeune âge du malade, et les rayons durs seuls sont utilisés pour éviter les radiodermites. »

D'après MM. Bussy et Japiot, cette action est d'autant plus efficace qu'elle s'adresse à une kératite plus récente, de nature syphilitique bien déterminée, et cela surtout sur les kératites à allure inflammatoire marquée, plus encore que sur celles à allure chronique.

En définitive, à la clinique de M. le Professeur Rollet, la kératite interstitielle est traitée par les rayons X, et la maladie générale, l'hérédosyphilis, cause de l'hydarthrose et de la kératite, est traitée par le mercure et le néo-salvarsan.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Inédite. — Clinique de M. le professeur ROLLET)

Kératite interstielle hérédo-syphilitique de l'œil droit Hydarthrose du genou gauche. Stigmates dentaires

Gustave V..., 20 ans, cordonnier, entre à la clinique ophtalmologique de M. le professeur Rollet, le 22 février 1921, pour une kératite parenchymateuse, avec iritis, de l'œil droit.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 47 ans d'un cancer vésical. Mère atteinte depuis dix ans d'un syndrome paralytique, avec douleurs fulgurantes des membres inférieurs, et en ceinture : tabes maternel probablement d'origine spécifique. Sa mère a eu huit grossesses, dont deux fausses couches, d'âge indéterminé; trois autres sont morts très jeunes (à 2 et 3 mois) : polymortalité infantile. Trois enfants restent vivants.

L'aîné a 27 ans ; a eu à 16 ans une kératite parenchymateuse bilatérale, qui a suffisamment guéri, puisqu'il a fait toute la guerre dans un régiment d'infanterie.

Le dernier enfant a 11 ans : c'est une fille chétive et délicate.

Antécédents personnels. — Personnellement, santé précaire. Nombreuses éruptions suspectes dans le jeune âge (2 ans). A marché à un âge très avancé, vers 2 ans. Mauvais état général, faible constitution physique. Maladies banales de l'enfance (coqueluche, bronchites), douleurs fugaces dans les différents membres.

A 16 ans, attaque de kératite avec iritis de l'œil droit, sans envahissement de l'œil gauche. Cette affection négligée pendant deux mois, fut traitée et guérie en quinze jours environ par atropine et sirop de Gibert. A la même époque, céphalée violente avec prédominance à gauche sous forme d'otalgie, mais sans écoulement purulent. Chute des cheveux abondante.

En avril 1920 : apparition d'une arthrite indolore du genou gauche qui était gros, globuleux, mais non enflammé (traitement : sirop de Gibert pendant un mois ; guérison rapide). Chute des cheveux concomitante. Au cours du traitement, éruptions maculo-papuleuses sur tout le corps.

A signaler, depuis l'enfance : incontinence d'urine surtout nocturne, quelquefois diurne.

L'affection actuelle a débuté il y a huit jours environ, sans douleur, par une rougeur de l'œil et un larmolement à droite, et par une baisse de l'acuité visuelle.

Examen actuel. — 1° *Du côté des yeux :* œil gauche, rien à noter. Milieux antérieur et postérieur normaux. Fond normal (pas de troubles pigmentaires rétiens). O. G. V = 1.

Disparition du réflexe photomoteur. Conservation du réflexe accommodateur.

Œil droit : rien aux annexes. Hyperémie conjonctivale bulbair, cercle péricératique très net et important. Pas de photophobie. Pas de douleur spontanée. *Cornée :* présente vascularisation superficielle et surtout profonde entre IX et XI heures. Pinceau de néoformation vasculaire dense et touffue. Opacités cornéennes parenchymateuse (sans ulcération superficielle) encore peu abondantes et aisément franchissables aux rayons. Ces opacités siègent à la périphérie, surtout entre II et V heures et entre VIII et X heures.

Au microscope cornéen : élégante arborisation vasculaire centrale non visible à l'examen simple.

Iris : hyperémié, un peu congestif et œdématié, franchement décoloré par de fines hémorragies. Pas de dépôt apparent dans la chambre antérieure. Cet iris inexcitable aux rayons lumineux, se laisse moyennement dilater par l'atropine. Pas de synéchies visibles.

Tension : plutôt diminuée. T = — 1. Douleur légère par la pression sur le corps ciliaire. Les milieux postérieurs : cristallin et vitré, sont transparents. Le fond et la pupille montrent une légère hyperémie congestive. Pas d'autres lésions visibles. L'éclairage ophtalmoscopique se fait aisément.

O. D. V = 1/3.

2° *Examen somatique général :* décèle des stigmates évidents de hérédo-syphilis ; aspect infantile malgré ses 20 ans.

a) *Crâne et face.* — Dolicocephalie. Bosses frontales proémi-

nentes. Aplatissement du massif facial, d'où voûte palatine ogivale.

Système dentaire très défectueux. Pas de vraies dents d'Hutchinson, cependant incisives médianes supérieures présentent le type oblique convergent en forme de tournevis et une légère encoche sur le bord antérieur. Très mauvais état des premières molaires. Pas d'altérations cuspédiennes. Pas d'encoches véritables. Lésions nettes des canines qui sont très effilées.

b) *Oreilles*. — Pas de surdité ni de diminution de l'acuité auditive à noter, seulement crise otalgique gauche.

c) *Système ostéo-articulaire*. — Scoliose de la colonne à convexité droite, entraînant déformation caractéristique de l'hémithorax droit qui est globuleux et bosselé en arrière.

Pas de déformation osseuse nette par ailleurs. Épaississement synovial avec léger choc rotulien du genou gauche (ancienne arthrite guérie par sirop de Gibert).

d) *Peau et muqueuse*. — Taches maculaires cuivrées au niveau des avant-bras et des bras.

e) *Système urinaire*. — Incontinence du sphincter urinaire.

Radiographie des genoux négative.

OBSERVATION II

(Inédite. — Service de M. le professeur agrégé FAVRE)

Kératite interstitielle double. Hérédosyphilitique à 11 ans Hydarthrose double à 16 ans

Jeanne-Rose B..., 16 ans, couturière, entre à la clinique de M. le professeur Favre, le 11 décembre 1919. Sortie.

Vient parce que, depuis un an, ses genoux ont augmenté de volume.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 41 ans, au retour de captivité. Mère morte à 39 ans d'une affection indéterminée. Deux frères et une sœur en bonne santé. Pas d'autres enfants morts en bas âge.

Antécédents personnels. — Personnellement, toujours bien portante. Rougeole et coqueluche dans l'enfance. Pas de rhumatisme ni de chorée. Adénopathies cervicales bilatérales à

l'âge de 10 ans, qui disparurent spontanément. Jamais d'otorrhée. Jamais de troubles de l'audition.

A 11 ans, la malade présente des troubles de la vue : difficulté à voir les objets éloignés. Un oculiste consulté lui fait porter des lunettes. Au bout d'un an, la vue était redevenue normale.

Pas de bronchite, pas de tendances aux rhumes ni aux angines. Réglée à 13 ans, régulièrement depuis. Grippe en octobre 1918. Pas de complications pulmonaires, guérie en quinze jours.

En décembre 1918, la malade commence à souffrir des deux genoux. La marche devient pénible, la station debout également. Il lui devient impossible de plier les genoux pour se baisser. Ces symptômes demeurent les seuls. Pas de température, pas de troubles de l'état général. Deux à trois jours après le début de ces accidents, la malade, après une marche un peu longue, constate que ses genoux grossissent des deux côtés : la tuméfaction est plus marquée sur la face externe de la jointure. Des craquements se produisent lorsque l'articulation se fléchit. Malgré cela, la malade continue son travail. D'ailleurs, dans les mois qui suivent, les symptômes demeurent les mêmes. Les tuméfactions articulaires n'augmentent pas, ne deviennent pas davantage douloureuses. La malade se plaint simplement de gêne, au cours de la marche. Parfois, cependant, des lancées douloureuses la surprennent pendant la nuit et interrompent son sommeil. Le matin, au réveil, dit la malade, ses genoux étaient tout engourdis et au moment du lever, ils craquaient violemment.

En août 1919, la malade consulte un médecin qui lui conseille le repos et des applications de teinture d'iode. Aucune amélioration. Au contraire, depuis quelques mois, la malade souffre davantage, éprouve de grandes difficultés à effectuer le moindre trajet à pied. Elle entre alors à l'hôpital.

A l'entrée, en examinant les genoux, on constate qu'ils sont le siège d'une hydarthrose double. A droite comme à gauche, les symptômes sont les mêmes.

A l'inspection : articulation globuleuse, avec saillie des méplats articulaires, la peau est de coloration normale.

A la palpation : pas d'augmentation de la chaleur locale. La synoviale ne présente pas d'épaississement ; mais à son intérieur, présence d'un liquide abondant que révèle un choc rotulien très marqué. Pas de corps étrangers articulaires ni de fongosités.

La palpation n'est pas douloureuse, la pression profonde ne révèle pas de points osseux douloureux. Cependant, en dehors de l'articulation, au milieu de l'interligne articulaire, la pression provoque une légère douleur. Les mouvements de l'articulation sont limités, l'extension normale, mais la flexion s'arrête à angle aigu.

Pas de laxité articulaire. Ces mouvements ne s'accompagnent pas de craquements articulaires, mais la main qui embrasse la face antérieure de l'articulation perçoit une crépitation très nette au niveau des culs-de-sac quadricipitaux et latéro-rotulien.

Les extrémités articulaires ne sont pas augmentées de volume ; il n'y a pas de déformation osseuse ni d'hyperostose. Pas d'atrophie musculaire. Au repos, la malade ne souffre pas. La nuit, elle se plaint de douleurs lancinantes. Les autres articulations ne sont ni douloureuses ni tuméfiées.

L'examen des autres appareils demeure négatif.

Poumons et cœur : rien à signaler.

Abdomen : souple.

Foie, rate : normaux.

Système nerveux : réflexes rotuliens normaux, de même que les réflexes achilléens qui sont égaux des deux côtés.

Pupilles égales, réagissant bien aux deux modes.

Appareil digestif : appétit bon. Pas de constipation. L'examen de la bouche montre une dentition normale, mais les incisives présentent une échancrure au niveau de leur partie inférieure. Elles ne sont pas crénelées. La voûte du palais ne présente rien d'anormal, elle n'est pas ogivale.

Pas d'autres signes de spécificité.

Yeux : on ne constate aucun trouble, soit subjectif, soit objectif.

Appareil génital : règles régulières.

Urines : ni sucre ni albumine.

Le 16 janvier 1920, on pratique, chez M. le professeur Villars, une ponction du genou droit, qui ramène environ 50 cc. de liquide filant, visqueux, clair, non coloré. On immobilise le membre inférieur droit dans une gouttière plâtrée.

Examen du liquide : grande quantité de fibrine et d'albumine dans le culot de centrifugation. On a

Polynucléaires : 27.

Lymphocytes : 61.

Grands mono : 12.

Grand nombre de cellules de desquamation de la séreuse.

La réaction de Wassermann faite avec ce liquide est positive:

Le 30 janvier 1920 : ponction du genou gauche et immobilisation de quinze jours. Le genou droit, après sa première ponction, reste immobilisé trois semaines.

Le 26 mars 1920, la malade ayant recommencé à marcher, le liquide apparaît de nouveau dans les deux articulations. Choc rotulien très net. Un peu de limitation dans la flexion. Peu d'atrophie musculaire. Il semble cependant qu'il y ait une certaine amélioration, peu marquée, mais cependant effective à gauche. L'articulation est moins volumineuse, moins douloureuse.

Le 27 mars, on fait une ponction des deux genoux. On retire environ la même quantité de liquide que la première fois, liquide filant et clair. Immobilisation en plâtre.

25 août 1920 : la malade est revue aujourd'hui. L'amélioration a été progressive et s'est poursuivie, au point qu'actuellement, on peut parler de guérison complète. Les genoux ont repris leur forme normale. Des énormes épanchements qui distendaient les articulations, il ne persiste rien, sauf de légères crépitations neigeuses et des mouvements de latéralité assez étendus. La malade peut maintenant marcher sans peine. Elle a pu danser. Elle peut fléchir en avant sans gêne. Les talons des deux côtés peuvent être portés jusqu'au contact de la fesse.

L'état général est excellent. L'examen des divers appareils et spécialement des deux poumons est complètement négatif. Les stigmates qui ont permis d'établir le diagnostic et surtout les stigmates dentaires sont très nets. Les incisives présentent les caractères typiques des dents d'Hutchinson. La voûte palatine est surélevée. Les premières molaires, tant en haut qu'en bas, ont une coloration jaunâtre et une surface triturante, hérissée de petites saillies papillaires, aspect en « gâteau de miel ».

La malade, il y a six ans, a eu une affection oculaire, qu'elle précise mal. Elle aurait porté des lunettes à ce moment. Il est à noter que le traitement a mis longtemps à agir. Il a consisté en du sirop de Gibert et néosalvarsan. Sauf quinze jours où la malade a été immobilisée par des douleurs articulaires, elle a pu marcher.

Traitement : 2 grammes 40 de néosalvarsan en quatre semaines.

17 janvier 1920 : une analyse du liquide du genou, faite à la clinique de M. le professeur Favre, nous donne :

Polynucléaires : 50.

Lymphocytes : 36.

Moyens mononucl. : 10.

Cellules endothéliales : 4.

Le caractère de conservation des éléments cellulaires est remarquable. Dans cette préparation, la formule est aussi remarquable par le poly-morphisme cellulaire. A côté des lymphocytes et des moyens mononucléaires, on remarque : quelques éléments dont le protoplasme rappelle celui des Plasmazellen, des cellules qui paraissent être endothéliales. Ces cellules sont isolées, mais groupées en placard. Le liquide est très fibrineux.

Après une nouvelle ponction, le liquide articulaire a été soigneusement examiné. Ce liquide est très fibrineux et le fait le plus remarquable est qu'il contient une très grande quantité d'éléments cellulaires. C'est une réaction bigarrée où on trouve dans le liquide :

- a) De petits lymphocytes ;
- b) Des mononucléaires plus volumineux à protoplasme basophile ;
- c) Des cellules à type de Plasmazellen ;
- d) De grandes cellules endothéliales ;
- f) Enfin, des polynucléaires en grand nombre.

L'épanchement contient de la fibrine et quelques globules rouges. Dans ces deux numérations, la proportion des éléments cellulaires est sensiblement la même par l'abondance des éléments épanchés dans le liquide, par les caractères de la formule leucocytaire.

Ces épanchements articulaires torpides ont cependant une signature inflammatoire manifeste et dont il importe de souligner l'importance.

Le même liquide montrait, en outre, des anticorps syphilitiques, que nous avons pu mettre en évidence par la réaction de Wassermann, fortement positive dans ce liquide.

Nous avons donc bien eu affaire à une forme synoviale pure, histologiquement inflammatoire, mais sans aucune lésion osseuse, et les faits font comprendre l'heureuse influence du traitement.

OBSERVATION III

(Inédite. — Clinique de M. le professeur ROLLET)

Kératite interstitielle hérédo-syphilitique.
Adénopathies multiples
Epanchements articulaires tibio-tarsien et du genou

Jeanne P..., 13 ans et demi, bergère, entre à la clinique de M. le professeur Rollet.

Entre à l'hôpital parce qu'elle y voit moins.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier à noter. Parents en bonne santé jusqu'à il y a cinq ans, époque à laquelle ils ont abandonné leurs enfants. Une sœur de 12 ans, bien portante.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle. Sauf coqueluche vers 10 ans. Adénopathies cervicales et sous-maxillaire, depuis l'âge de 8 ans environ. Jamais d'autres affections graves à sa connaissance. Elle a toujours, depuis 5 ans, gardé son troupeau, sans avoir été arrêté par la maladie.

La kératite interstitielle a débuté au milieu de février 1914, par l'œil gauche. Quinze jours après, l'œil droit se prenait et, à sa rentrée à l'hôpital, la malade était complètement aveugle.

Aujourd'hui, 3 juin 1914, à l'O. G. il reste à peine une légère teinte louche de la cornée. Les vaisseaux nourriciers sont nombreux dans la région limbique tout entière, mais particulièrement à la partie supérieure où persiste un leucome encore assez opaque.

Œil droit. — Teinte légèrement plus opaque de toute la cornée, avec, au centre, un point beaucoup plus marqué, de la grosseur d'une tête d'épingle en verre. Les vaisseaux nourriciers ont également là un caractère permettant de supposer une rapide réparation.

La *photophobie* a complètement disparu.

L'*iris* réagit bien.

La dentition est excellente, remarquable même par sa régularité et sa blancheur.

Jamais d'otorrhée ou de troubles auriculaires.

Rien de spécial à signaler aux appareils respiratoire, digestif, cardiaque.

Il y a un mois, alors que l'enfant s'amusait, elle se tordit

légèrement la cheville droite, qui devint douloureuse et, en deux jours, augmenta considérablement de volume, mais sans empêcher la marche. Aujourd'hui, l'empâtement périarticulaire persiste avec un peu de douleur dans les mouvements extrêmes et quelquefois pendant la marche. Rien à gauche. Choc rotulien très net aux deux genoux. Gros culs-de-sac synoviaux, sans empâtement ni troubles dans le fonctionnement des articulaires.

Rien aux hanches d'appréciable pendant les mouvements. D'autre part, depuis une quinzaine de jours, la petite malade est prise de douleurs, dans les deux bras, à caractère fugace, mais ne l'empêchant pas de bouger le bras.

Dans aucune des articulations, on ne retrouve plus de caractère objectif (tuméfaction liquide, etc.), mais quand l'enfant est restée immobile pendant quelque temps, elle souffre pour se remettre en mouvement. Elle doit dérouiller ses articulations.

Réglée depuis l'âge de 12 ans, elle n'a rien vu depuis trois mois. Céphalées fréquentes, matinales, particulièrement vives

OBSERVATION IV

(Inédite. — Clinique de MM. les professeurs ROLLET
et NOVÉ-JOSSERAND)

Kératite interstitielle héréro-syphilitique bilatérale double Hydarthrose du genou gauche et dents d'Hutchinson

Marie-Louise D..., 14 ans, sans profession. Entre, le 30 août, à la clinique ophtalmologique de M. le professeur Rollet, pour kératite double.

Antécédents. — Parents en bonne santé, mais a eu deux frères morts de méningite en bas âge ; un autre en venant au monde. Depuis qu'elle marche, la malade boite. Mais depuis trois mois, la malade commença à souffrir au niveau du genou gauche, qui enfla peu à peu, et, la boiterie s'accroissant, l'enfant dû s'aliter. Un médecin appelé la fait transporter à la Charité, où l'on constate l'hydarthrose du genou gauche, le 8 avril 1920. Traitement par l'immobilisation et traitement général spécifique.

A l'inspection : genou gauche un peu déformé. Méplats atténués. Culs-de-sac synoviaux légèrement déformés. Pas de choc

rotulien. La peau est normale d'aspect. Pas de points douloureux. Tous les mouvements sont possibles et se font avec toute leur amplitude. Petits ganglions inguinaux. Station debout un peu douloureuse.

Kératite interstitielle au niveau de l'œil droit qui ne voit presque plus. Suit un traitement par suppositoires.

Envoyé sur l'Hôtel-Dieu au service de M. le professeur Rollet, où elle entre le 30 août, pour y soigner sa kératite.

Débuts de l'affection. — L'affection actuelle a débuté il y a un an et demi par de la photophobie, du larmolement, de la douleur, des troubles de l'acuité visuelle. Les deux yeux présentaient les mêmes phénomènes, avec iritis concomittant.

A l'entrée. — La douleur a un peu diminué. Peu de photophobie. L'œil droit est de beaucoup le plus atteint. Vaste tache cornéenne d'un blanc grisâtre entre 4 heures et 8 heures, empiétant légèrement sur l'aire pupillaire.

L'œil gauche montre un simple trouble cornéen léger à 6 heures.

Le 9 septembre 1920 : taches persistent, mais amélioration de la vision.

O. D. V = 1/8. O. G. V = 1/6.

Genou gauche volumineux, contenant liquide assez abondant; peu d'épaississement de la synoviale. Pas de fongosités. Pas d'adénopathies. Quelques douleurs. La malade boite.

Traitement : 12 injections intra-veineuses de cyanure de Hg. Légère amélioration de la kératite. L'hydarthrose ne subit aucun changement.

Le 6 octobre 1921 : apparition d'une volumineuse hydarthrose à droite. Nouvelle série de 12 injections de cyanure, puis iodure de potassium.

Cette malade avait des dents d'Hutchinson.

OBSERVATION V

(Inédite. — Clinique de M. le professeur ROLLET)

Kératite interstitielle droite et hydarthrose bilatérale Dents d'Hutchinson

Henry C..., 9 ans, vient à la consultation de M. le professeur Rollet. Kératite interstitielle de l'œil droit.

Antécédents héréditaires. — Père âgé de 43 ans, en bonne

santé apparente. Mère âgée de 40 ans, nie toute maladie antérieure, a eu une fausse couche il y a quatorze ans, à 4 mois et demi.

Antécédents personnels. — Enfant né à terme. Bronchopneumonie à 13 mois. A été opéré à l'âge de 5 ans de végétations adénoïdes. N'a jamais été malade autrement. Excellent appétit.

Actuellement, on note une double hydarthrose. La mère raconte que c'est d'origine traumatique. Il aurait été poussé par un camarade, il y a trois semaines, serait tombé sur les genoux et on aurait remarqué immédiatement l'augmentation de volume des genoux.

On note aux dents : les incisives crénelées. Rien aux oreilles. Des papules de prurigô aux membres inférieurs.

Examen des yeux. — On note O. D. cornée infiltrée dans le segment inférieur. Grande chambre antérieure. O. G. Infiltration totale.

Photophobie. L'affection a commencé en janvier pour l'œil gauche et il n'y a que quinze jours pour l'œil droit.

OBSERVATION VI

(Inédite. — Clinique de M. le professeur ROLLET)

Kératite interstitielle bilatérale. Arthrite guérie des deux genoux et de l'épaule droite. Surdité

Germaine G..., 14 ans, revient à la consultation de M. le professeur Rollet, le 30 septembre 1920.

Antécédents héréditaires. — Mère actuellement bien portante, a eu une salpingite qui a duré plusieurs années. Pas d'autres maladies avouées. A eu une fausse couche de deux mois ; trois autres enfants, dont deux morts-nés et l'autre bien portant.

Père « noceur », aux dires de sa femme ; aurait eu la blennorrhagie et subi des traitements à l'iodure. Voyageur de commerce ; buvait beaucoup.

Antécédents personnels. — Dans son jeune âge, l'enfant, tous les hivers, toussait beaucoup ; a eu la rougeole, coqueluche, oreillons. Pas d'autres maladies.

Histoire de la maladie racontée par la mère. — Il y a trois

ans, la fillette a perdu brusquement la vision des deux yeux. Soignée à Roanne sans amélioration, puis à Lyon où on lui fait suivre un traitement au biiodure de Hg (12 pil.), à la suite duquel la vue est revenue incomplètement. Le traitement est renouvelé à plusieurs reprises et la vision demeure satisfaisante jusqu'au printemps 1920.

En 1918, apparaît une ulcération du palais qui dure quinze mois et n'aboutit pas à une perforation. En 1919, aussitôt la plaie du palais fermée, l'enfant devient sourde, à la suite d'une fièvre aiguë qui fait redouter une méningite. En 1919, une arthrite se déclare aux deux genoux. On continue le traitement biioduré. La malade reste immobilisée pendant un mois. Depuis cette époque, amélioration momentanée et rechutes à deux ou trois reprises.

Au printemps de 1920, la vision devient plus mauvaise et diminue progressivement jusqu'à aujourd'hui (18 août 1920), où nous notons : irido-cyclite bilatérale d'origine inconnue, hypertension. Descémétite à l'œil droit. Buphtalmie à l'œil gauche. En juillet 1920, la malade se plaint de quelques douleurs dans l'épaule droite qui est un peu augmentée de volume. L'interrogatoire attentif ne permet pas de relever d'autres manifestations articulaires.

Etat actuel. — Localement, la malade n'accuse aucune douleur, seulement un peu de photophobie. Paupières et voies lacrymales intactes. O. D. : hyperémie conjonctivale, cornée un peu trouble. Deux petits leucomes, l'un vers 3 heures, l'autre à 9. Pas de dépoli. Ouvertures pupillaires irrégulières. Réflexes photomoteurs et accomodateurs abolis. Fond d'œil inéclairable. Tension au Schioltz : 50 cm. environ. Acuité : $V = 1/20$.

Œil gauche : globe un peu augmenté de volume. Conjonctives hyperémiées. Cornée semée de petits leucomes interstitiels confluent. Iris décoloré. Pupille irrégulière. sans ni à la lumière ni à la distance. Fond inéclairable. Tension au Schioltz : 50 cm. Acuité : $V = 1/100$.

Examen somatique. — Deux genoux fonctionnellement bons, d'égal volume. Pas de mouvements de latéralité. Culs-de-sac imperceptibles. Pas de choc rotulien, d'atrophie du membre, ni d'adénopathie. Rien à l'examen de l'épaule droite. Au palais, cicatrice d'une vaste ulcération centrale. Mauvaise dentition. Caries multiples, mais pas de déformation spéciale. Appareil

pulmonaire : rien à signaler. Appareil circulatoire : le premier bruit est assourdi au foyer aortifila. Malade non encore réglée. Réflexes patellaires normaux et symétriques.

Le 18 décembre 1920 : nouvelle hospitalisation, pour ses kératites torpides. Du côté des genoux, on ne sent pas d'épaississement de la synoviale. Les ménisques semblent un peu douloureuses.

OBSERVATION VII

(Inédite. — Service de M. le professeur ROLLET)

Semi-surdité. Kératite interstitielle à gauche Hydarthrose double. Dents d'Hutchinson

Georgette T..., 11 ans et demi, vient à la consultation de M. le professeur Rollet, le 14 juin 1920, pour une kératite interstitielle de l'œil gauche, avec un iritis concomittant simultané.

A l'examen, on relève une demi-surdité, des dents d'Hutchinson et une hydarthrose des deux genoux, sans épaississement synovial ni douleurs. Mis au traitement antispécifique.

Revient le 21 juillet 1920. Les hydarthroses avaient disparu.

OBSERVATION VIII

(Inédite. — Service de M. le professeur E. ROLLET)

Kératite interstitielle double. Dents d'Hutchinson Hydarthrose du genou droit

Paulette B..., 9 ans, entre dans le service de M. le professeur Rollet, le 2 décembre 1921.

Antécédents personnels. — Père alcoolique, actuellement âgé de 41 ans ; à l'âge de 10 ans, a eu un traumatisme lombaire à la suite duquel il présente une déformation rachidienne. Depuis 1912, apparition d'une sciatique, qui persiste encore et a été traitée par des injections intra-fessières. Pendant six ans, le père de l'enfant n'a pu marcher qu'avec des béquilles. Il est actuellement amélioré.

Mère actuellement en bonne santé ; a eu deux fausses couches à 3 et 4 mois et un accouchement prématuré à 6 mois et demi ; avant la naissance de la petite malade, qui est la seule enfant vivante, la mère s'est plaint d'avoir beaucoup souffert de la tête.

En 1917 : salpingite traitée par des cataplasmes et des lavages vaginaux. Depuis huit ans, les parents de la petite malade sont séparés.

Antécédents personnels. — Née le 12 août 1912 ; nourrie au sein maternel jusqu'à 14 mois. A l'âge de 3 mois, l'enfant fut hospitalisée dans le service de M. le professeur Favre (infirmerie), pour une paralysie des quatre membres. L'interrogatoire montre qu'il ne s'est pas agi d'une véritable paralysie : l'enfant remuait les membres et se défendait quand on étendait les membres pour l'examiner. En outre, elle avait autour de ses articulations, dit la mère, des gonflements. Il semble s'être agi d'une pseudo-paralysie de Parrot. Cette affection dura, en moyenne, trois semaines et fut traitée par des piqures et ultérieurement par des frictions.

Depuis, l'enfant a eu une bronchite à 6 mois, une scarlatine à 6 ans, une angine simple en août 1921.

Le 11 octobre 1921, l'enfant est mordue par un chien et c'est à cet accident que la mère attribue les troubles visuels.

En réalité, l'enfant commença à se plaindre de l'œil vers le 7 novembre 1921 : œil rouge et larmolement. Vers le début de novembre également, l'enfant s'est plainte de souffrir du genou droit. Cependant, elle n'est jamais restée au lit.

Depuis, les troubles oculaires n'ont fait qu'augmenter. Vers le 27 novembre 1921, l'œil gauche s'est mis à rougir à son tour. La vue diminua progressivement. La photophobie et le larmolement augmentent et la malade se présente à notre examen le 2 décembre 1921.

Examen : enfant relativement bien développée.

Œil : conjonctives palpébrales sont rouges. Il existe une infection périkératique des plus nettes. La cornée a perdu sa transparence : elle est opaque et grisâtre aussi bien à gauche qu'à droite. Toutefois, cette transformation est plus accentuée à droite (côté pris le premier).

Examen général : genou droit augmenté de volume, paraît tuméfié, les méplats ont disparu. La palpation, un peu douloureuse, permet de percevoir le choc rotulien. Les mouvements ne sont pas gênés. Les téguments périrotuliens sont no-

tablement plus chauds que du côté opposé. Pas de ganglions inguinaux.

Examen du cœur, du poumon, de l'abdomen négatif.

Déformation marquée des dents : écartement et allongement des incisives supérieures et inférieures. L'articulation ne se fait qu'à leur extrémité. Pas de dents d'Hutchinson.

OBSERVATION IX

(Inédite. — Service de M. le professeur ROLLET)

Kératite interstitielle double. Hydarthrose des deux genoux

Jean-Maurice B..., 14 ans, garçon d'office à Lyon, entre dans la clinique de M. le professeur Rollet, le 28 novembre 1921.

Antécédents héréditaires. — Bacillose du côté maternel ; plusieurs pleurésies ; morte d'une maladie de nerfs à Saint-Pothin, en 1921.

Histoire de la maladie. — A 10 ans, le malade a eu une néphrite aiguë qui ademandé cinq mois de traitement à la Charité. A la même époque, il eut les oreillons. Il y a deux ans, soigné huit mois à l'hôpital de la Croix-Rousse, pour rhumatismes qui ont atteint les chevilles, les genoux et les poignets.

Il y a un mois, il rentre à l'Hôtel-Dieu pour pleurésie gauche. Depuis dix jours, ses yeux étaient devenus rouges. L'œil droit, surtout au bout de quatre jours, n'y voyait plus du tout.

Le 28 novembre, le malade se présente à la polyclinique de M. le professeur Rollet et est hospitalisé.

Examen des yeux : conjonctives palpébrales et bulbaires rouges. Kératite interstitielle et iritis. Cercle périkeratique.

O. D. V = Compte les doigts à 20 centimètres.

O. G. V = 1 avec sphérique — 10.

Pas de lésion dentaire ni auriculaire.

Hydarthrose chronique des deux genoux.

Courbure en dedans du cubitus, énorme développement de la styloïde du cubitus, amenant une subluxation en arrière des poignets. Lésions plus développées à droite qu'à gauche. Pas de chapelet costal, pas de déviation de la colonne.

Légère bronchite.

La radiographie ne montre aucune lésion pathologique du système osseux.

Wassermann : très positif dans le sang, le 2 décembre 1921.

RÉSUMÉ DE NOS NEUF OBSERVATIONS

N ^{os}	SEXE	AGE	ARTICULATIONS	DURÉE	SIGNES D'HÉRÉDITÉ SYPHILITIQUE	RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE
1	M.	20	Genou gauche	1 mois	K. I. à droite et récidive au bout de 4 ans. — Dents.	Mère tabétique.
2	F.	16	2 genoux	20 mois	K. I. durant 1 an, bilatérale à 41 ans. Dents d'Hutchinson.	Néant.
3	F.	43	2 genoux	En cours	K. I. double, en cours.	Néant.
4	F.	14	Genou gauche	En cours	K. I. double, en cours, Dents d'Hutchinson.	2 frères morts de menin- gite. 1 autre mort-né.
5	M.		2 genoux	En cours	K. I. double. Dents crénelées.	Fausse couche à 4 m. 1/2.
6	F.	14	2 genoux. Epaule droite	Rechute	K. I. bilatérale, en cours. Sur- dité.	1 fausse couche 2 morts- nés.
7	F.	41 1/2	2 genoux	2 mois	K. I. à gauche, en cours. 1/2 sur- dité. Dents d'Hutchinson.	Néant.
8	F.	9	Genou droit	En cours	K. I. double, en cours. Ecar- tement des incisives.	2 fausses couches. 1 accou- chement prématuré. Paralyse du père.
9	M.	14	2 genoux	En cours	K. I. double, en cours. W +.	Mère morte d'une mala- die de nerfs (?).

F. : Fille. — M. : Masculin. — K. I. : Kératite Interstitielle

CONCLUSIONS

I. — Le jeune sujet atteint de kératite interstitielle, affection oculaire presque toujours d'origine syphilitique, présente fréquemment une arthropathie concomitante qui nous paraît également d'origine syphilitique.

II. — L'arthropathie peut évoluer au cours de la kératite interstitielle : l'atteinte étant simultanée ; dans d'autres cas la lésion articulaire précède ou suit la lésion oculaire.

III. — Si l'on se rapporte aux descriptions de la syphilis héréditaire et acquise, on voit que : 1° dans l'hérédosyphilis, l'arthropathie se rencontre, d'après Fournier, dans 39 % des cas. Cet auteur admet les cinq types suivants : arthralgie, hydarthrose, ostéo-arthrite, pseudotumeur blanche syphilitique, arthropathie déformante épiphysaire. Mais cependant il ajoute que l'hydarthrose est presque toujours symptomatique de lésions osseuses épiphysaires.

2° Dans la syphilis acquise, la synovite se présente surtout au genou gauche, avec épanchement et plaque indurée parasynoviale.

IV. — Si nous nous rapportons aux huit observations que nous avons recueillies à la clinique de M. le Professeur Rollet et à celle que nous a remis M. le Professeur agrégé Favre, toutes les neuf nettement d'étiologie hérédosyphilitique, nous notons comme caractéristiques de l'arthropathie : l'indolence de la lésion articulaire et l'absence de lésions osseuses. C'est une hydarthrose, on

pourrait dire un hydrops syphilitique avec synoviale peu ou pas épaissie. Cette hydarthrose évolue quelquefois à l'insu du sujet, frappe surtout les deux genoux ; quand elle est unilatérale, elle atteint plutôt le genou gauche, quelquefois les articulations tibio-tarsienne et scapulo-humérale. Il s'agit alors, pensons-nous, d'un rhumatisme syphilitique (l'hydarthrose nous paraît plus fréquente chez la fille que chez le garçon, 6/3).

V. — L'arthropathie a été signalée jadis par Hutchinson et Clutton, elle paraît fréquente. Y a-t-il lieu d'accepter à la triade symptomatique classique (yeux, nez, oreilles) un quatrième signe, celui du genou (Cantonnet) ? Nous ne le pensons pas, car dans d'autres cas on a observé des lésions diaphysaires ou des os plats du crâne. Concomitamment avec la kératite interstitielle, le quatrième signe deviendrait ainsi celui de l'examen de tout le système ostéo-articulaire.

VI. — L'hydarthrose, que nous signalons, paraît bien d'origine hérédo-syphilitique, puisque le traitement mercuriel et ioduré ou par le néo-salvarsan amène assez promptement sa guérison.

VII. — Fait intéressant à signaler : ces arthropathies cèdent au traitement par le mercure et le néo-salvarsan, alors que la kératite interstitielle hérédo-syphilitique guérit très mal par la même thérapeutique.

Le Président de la Thèse,

Signé : Et. ROLLET.

Vu : Le Doyen,

Signé : Jean LÉPINE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,

Lyon le 1^{er} décembre 1921

Le Recteur, Président de l'Université,

Signé : JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- AUGAGNEUR. — Etude sur la syphilis héréditaire tardive (Lyon, 1879, p. 40).
- AUGAGNEUR et CARLE. — Précis des maladies vénériennes (Paris, Doin, 1913).
- AXEUFELD. — Traité d'ophtalmologie (traduit par le docteur Meunier ; Paris, 1914).
- BARTHÉLEMY. — Hérédo-syphilis des glandes endocrines (Thèse inaugurable, Paris, 1919).
- BEAUVIEUX. — Syphilis et kératite interstitielle de l'enfance (*Arch. d'Ophtalmologie*).
- BERGER. — Maladie des yeux (Paris, 1892, 1910, p. 52).
- BERNE. — Manifestations osseuses précoces et tardives de la syphilis héréditaire (Thèse de Paris, 1881).
- BILLOT. — Kératite interstitielle et syphilis gommeuse (Thèse de Lyon, 1921).
- BROCA. — Syphilis héréditaire (*La Tribune Méd.*, 1898, p. 645).
- BRUNET. — Essai de justification du traitement mercuriel intensif de la kératite interstitielle de la syphilis héréditaire (Thèse, Bordeaux, 1892).
- BUSSY et JAPIOT. — La radiothérapie dans la kératite interstitielle (*La Clinique Ophtalmologique*, février 1921).
- BUSSY et JAPIOT. — La radiothérapie dans la kératite interstitielle (*Journ. Radiologie et d'Electrologie*, mars 1921).
- CANTONNET. — Le quatrième symptôme de la triade d'Hutchinson (*Paris Médical*, n° 36, 9^e année).
- CLUTTON. — Symmetrical synovitis of the Knee an hereditary syphilis (*The Lancet*, 27 février 1886).

- DARGEIN. — Traitement des kératites par les injections sous-conjonctivales (Lyon, thèse 1905).
- FOUQUET. — De la syphilis articulaire (Thèse de Paris, 1905).
- FOURNIER (A.). — Syphilis héréditaire tardive (Paris, 1886).
- FOURNIER (Ed.). — Syphilis héréditaire de l'enfance (in *Pathologie médicale de Sergent, Ribadeau Dumas, Babonneix*, Paris, 1921).
- FOURNIER (Ed.). — L'hérédo-syphilis tardive (Paris, 1907).
- FROMAGET. — Inutilité du traitement mercuriel dans la kératite interstitielle syphilitique (*Soc. Franç. d'Ophtalmologie*, 1910, p. 413).
- FÖRSTER. — Société d'Heidelberg (1879).
- GANDAR. — Revue critique de la kératite parenchymateuse (Thèse de Lyon, 1893).
- GAYET. — *Eléments d'ophtalmologie* (Paris, 1893).
- VON HIPPEL. — Sur la kératite parenchymateuse (*Arch. für Opt.*, vol. 39, année 1893, et vol. 42, année 1896).
- HUTCHINSON. — *Illustration of Clinical Surgery* (Londres, 1878).
- HUTCHINSON. — Étude clinique sur certaines maladies de l'œil et de l'oreille consécutives à la syphilis héréditaire (traduit par le docteur Hermet, Paris, 1884).
- JACQUEAU. — Kératite parenchymateuse et arthrites concomitantes (*Société Franç. d'Ophtalmologie*, 1908).
- LAGRANGE. — *Ophtalmologie*.
- LASCHKEWITZ. — *Arch. f. Dermatologie u. Syphiligraphie* (1878).
- MERLIER. — Les arthropathies hérédo-syphilitiques et la triade d'Hutchinson (Thèse, Paris, 1918).
- MÉRIQUAND. — Arthrite syphilitique (Thèse, Paris, 1882).
- MÉTAYER. — Manifestations articulaires de la syphilis héréditaire tardive (Thèse, Paris, 1904).
- MORAX. — *Pathologie oculaire* (Paris, Alcan, 1921).
- MORAX. — *Précis d'ophtalmologie* (Paris, Masson, 1921).
- NICOLLE. — Traitement de la kératite interstitielle par les rayons X (Thèse de Lyon, 1921).

- PANAS. — Considérations sur la nature et le traitement de la kératite interstitielle diffuse (*Ann. d'Oculistique*, 1882, p. 187).
- PANAS. — Sur la kératite appelée hérédo-syphilitique (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1871).
- PANAS. — Traité des maladies des yeux (1894, p. 244).
- PUECH. — Valeur de l'examen oculaire pour le diagnostic de l'hérédo-syphilis (Soc. Franç. d'Opht., 1901).
- RANGUEDAT. — Des arthropathies dans la syphilis héréditaire (Thèse, Paris, 1883).
- REBEYROLLE. — Hérédo-syphilis et manifestations articulaires (Paris, 1902).
- J. ROLLET. — Syphilis (Dictionnaire de Dechambre, p. 347).
- ROLLET. — Les kératites des hérédo-syphilitiques et leur traitement (*Revue Mensuelle des Maladies de l'Enfance*, Lyon, mai 1904).
- ROLLET. — Kératite syphilitique gommeuse (Société d'Ophtalmologie de Lyon, 1909).
- ROLLET. — Kératite interstitielle et gomme syphilitique de l'orbite (Société d'Opht. de Lyon, 1909).
- ROLLET et GENET. — Kératite neuro-paralytique (Soc. d'Opht. de Lyon, 1904).
- SAINT-PIERRE. — Hérédo-syphilis et manifestations articulaires (Thèse, Lyon, 1900).
- SAUCET. — Contribution à l'étude des arthropathies de la syphilis héréditaire (Thèse de Bordeaux, 1904).
- SÖDERLINH. — Contribution à l'étude de la kératite syphilitique gommeuse (Thèse, Lyon, 1909).
- TERRIEN. — Anatomie et pathologie de la kératite interstitielle (*Arch. d'Ophtalmologie*, t. XXII).
- TERRIEN. — *Archives d'Ophtalmologie* (novembre 1908).
- TERRIEN. — Rapport à la Soc. Franç. d'Ophtalmologie (1919).
- TRUC, VALUDE, FRENKEL. — Nouveaux éléments d'ophtalmologie (Paris, Maloine, 1908).
- WINSMENSKY. — Thèse de Genève (1910).
-

Imp. Noirel et Fénérier, 3, rue Stella. Lyon.
